

DIABETES GESTACIONAL

7ºA

UNIVERSIDAD

DEL

SURESTE

DIABETES Gestacional y en el Embarazo
Información: LH Soemra Turley Louisa Valdez

LA DIABETES GESTACIONAL se ha definido como cualquier grado de intolerancia a la glucosa durante el embarazo, sin considerar si la condición era previa al embarazo.

DIABETES EN EL EMBARAZO es cuando una mujer tenía diabetes previa desde antes de embarazarse.

Vivir con diabetes no controlada en el embarazo aumenta tu riesgo de tener bebés con un peso de cuatro kilos o más, abortos espontáneos, desarrollar diabetes tipo 2 después de la etapa de gestación y/o preclampsia (aumento de la presión arterial durante el embarazo).

Toma en cuenta los siguientes factores de riesgo:

Estás en riesgo de desarrollar diabetes gestacional si...

- Tu examen de sangre resultó con niveles de azúcar altos.
- Si tienes familiares directos que viven con diabetes.
- Si en embarazos anteriores te detectaron diabetes gestacional.
- Si tienes hipertensión.
- Si tienes colesterol y triglicéridos altos.
- Si tienes síndrome de ovario poliquístico.
- Si no haces ejercicio.
- Si tienes sobrepeso u obesidad.
- Si tienes más de 45 años.

Criterios de diagnóstico para diabetes gestacional

Mujeres previamente no diagnosticadas con diabetes en la **semana 24-28 de gestación** deberán realizar el estudio de curva de la tolerancia a la glucosa **75gr glucosa anhidra**

El diagnóstico se hará cuando alguno de los siguientes valores de glucosa es igual o mayor que...

- En ayunas: 92 mg/dL.
- Una hora después: 180 mg/dL.
- Dos horas después: 153 mg/dL.

Si has sido diagnosticada recientemente con diabetes gestacional deberás realizar cambios en el estilo de vida, ya que es esencial para prevenir la diabetes posterior al embarazo. Te recomendamos:

- Practicar algún deporte o actividad física.
- Alimentarte saludablemente.
- Acudir periódicamente con tu médico y con tu nutriólogo.
- Llevar un registro siempre de tu autocontrol en casa.
- Tomar en cuenta las metas de control que te haya indicado tu médico.

¡Vive un embarazo pleno!

www.fndiabetes.org | FedMedDiabetes | @fndiabetes

DIAGNÓSTICO

DEL 20 AL 26 DE ENERO

A) Tamizaje

• Se recomienda realizar entre las semanas 24 y 28 de gestación.

• Si la paciente tiene factores de riesgo, puede realizarse desde la primera visita prenatal.

• Si la glucosa en ayuno ≥ 92 mg/dL \rightarrow realizar prueba de tolerancia a la glucosa.

B) Prueba de tolerancia oral a la glucosa (CTOG 75 g)

• Se administra una carga oral de 75 gramos de glucosa y se miden los niveles de glucosa en tres momentos:

- o Ayuno
- o 1 hora
- o 2 horas

Criterios diagnósticos (se considera positivo si se cumple al menos uno):

- Ayuno: ≥ 95 mg/dL
- 1 hora: ≥ 180 mg/dL
- 2 horas: ≥ 155 mg/dL

Síntomas

- Sed excesiva
- Fatiga
- Micción
- Ganas frecuentes de orinar
- Náuseas y vómitos
- Pérdida de peso
- Infecciones urinarias y candidiasis vaginal
- Aumento de peso del bebé (alvarez)

Causas

- Intolerancia a la glucosa
- Falta de actividad física
- Diabetes gestacional previa a embarazarse
- Síndrome de Ovario Poliquístico
- Diabetes en un familiar directo
- Parto previo de un bebé con un peso de más de 4kg

Tratamiento

- Control dietético y práctica de ejercicio. Si los niveles de glucosa no se estabilizan necesitarán un tratamiento con insulina.
- La ingesta de proteínas (como el lactosuero) se reduce en el tercer trimestre de la gestación durante el embarazo.

Diabetes Gestacional | Fertipharm

Nota

Seguimiento postparto



• Realizar una nueva curva de tolerancia a la glucosa entre 6 y 12 semanas después del parto.

• Las mujeres con diabetes gestacional tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 a largo plazo, por lo que deben tener seguimiento anual.



Definición

La diabetes gestacional es la intolerancia a los carbohidratos detectada por primera vez durante el embarazo, generalmente antes de la semana 28, en mujeres sin diagnóstico previo de diabetes mellitus.

ETIOLOGÍA:

Durante el embarazo, la placenta produce hormonas (como lactógeno placentario, progesterona y estrógenos) que generan resistencia periférica a la insulina.

Si el páncreas materno no logra compensar con un aumento suficiente en la secreción de insulina, se desarrolla hiperglucemia.

CUADRO CLÍNICO Y FACTORES DE RIESGO

La mayoría de las pacientes son asintomáticas. En algunos casos pueden presentarse síntomas leves como:

- Polidipsia (sed excesiva)
- Poliuria (orinar con frecuencia)
 - Fatiga
 - Infecciones urinarias frecuentes



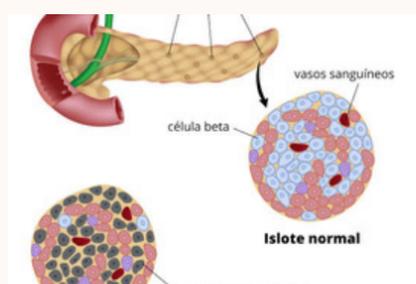
Factores de riesgo:

- Obesidad (IMC > 30 kg/m²)
- Edad materna mayor de 35 años
- Historia familiar de diabetes mellitus tipo 2
- Diabetes gestacional en embarazos previos
- Antecedente de recién nacido macrosómico ($> 4,000$ g)

¿Cual es el tratamiento a seguir segun las Guias De Practica Clinica para la Diabetes Gestacional?

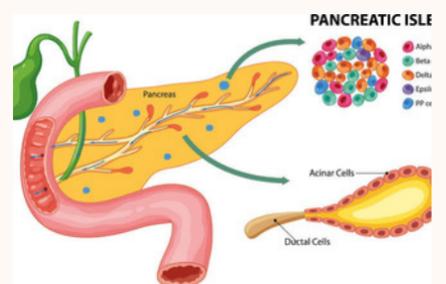


- A) Modificación del estilo de vida
- Dieta individualizada basada en el peso pregestacional e IMC.
 - Reducción de ingesta calórica si hay obesidad.
 - Reparto de carbohidratos en 3 comidas principales y 2 a 3 colaciones.
 - Actividad física moderada, si no hay contraindicaciones.



Tratamiento farmacológico

- Si no se logra control glucémico en 2 semanas con dieta y ejercicio \rightarrow iniciar insulina.
- La insulina es el tratamiento de elección.
- Metformina puede utilizarse como alternativa en casos seleccionados (bajo supervisión médica), aunque la GPC indica preferencia por insulina.



Monitoreo glucémico capilar domiciliario

- Ayuno y 1 a 2 horas postprandial.
- Objetivos glucémicos:
 - o Ayuno: < 95 mg/dL
 - 1 hora postprandial: < 140 mg/dL
 - 2 horas postprandial: < 120 mg/dL